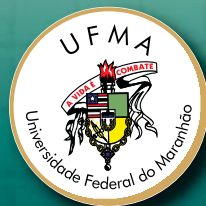


MÓDULO 9 • UNIDADE 2

SAÚDE DO ADOLESCENTE E A SAÚDE DA FAMÍLIA

SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA



MÓDULO 9 • UNIDADE 2

SAÚDE DO ADOLESCENTE E A SAÚDE DA FAMÍLIA

SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA

São Luís
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Deborah Baesse

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

COPYRIGHT @ UFMA/UNA-SUS, 2014. TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660

Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva
(CRB 13ª Região nº de Registro – 453)

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Fábio Allex

REVISÃO TÉCNICA

Camila Carvalho Amorim
Cláudio Vanucci Silva de Freitas
Judith Rafaelle Oliveira Pinho

DIAGRAMADOR

Marcio Henrique Sá Netto Costa

ILUSTRAÇÕES

Camila Santos de Castro e Lima

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Saúde do adolescente e a Saúde da Família: sexualidade e saúde reprodutiva/Felipe, Ilana Mirian Almeida; Albuquerque, Vinícius Mendes (Org.). - São Luís, 2014.

26f. : il.

1. Saúde do adolescente. 2. Atenção primária à saúde. 3. Políticas públicas. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Cláudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Título.

CDU 613.9-053.6

APRESENTAÇÃO

O objetivo de nosso texto é descrever as principais transformações que ocorrem durante a adolescência e sua influência na sexualidade.

A adolescência é marcada por inúmeras mudanças, e as alterações fisiológicas e anatômicas são bastante evidentes nessa fase do desenvolvimento do ser humano. No entanto, há outras transformações que vão influenciar sobremaneira a vida do adolescente: o despertar para a sexualidade faz parte de uma série de mudanças que englobam essa etapa e a equipe de saúde deve estar atenta a todas as modificações.

Bom estudos!

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | SEXUALIDADE | 7 |
| 1.1 | Abordagem da sexualidade | 8 |
| 2 | SAÚDE REPRODUTIVA E AGRAVOS RELACIONADOS..... | 10 |
| 2.1 | Anticoncepção na adolescência | 14 |
| 2.2 | Gestação na adolescência | 17 |
| 2.2.1 | Pré-natal..... | 19 |
| 2.2.2 | Papel do médico frente ao diagnóstico da gravidez | 24 |
| 2.3 | Aborto | 25 |
| 2.4 | Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs | 29 |
| 2.4.1 | Manejo clínico sintomático das DSTs - síndrome doença | 31 |
| 2.4.2 | Adolescente portador de HIV | 31 |
| 2.4.3 | Exame ginecológico | 32 |
| 2.4.4 | Dor ovulatória (Mittelschmerz) | 33 |
| 2.4.5 | Síndrome pré-menstrual | 35 |
| | REFERÊNCIAS..... | 38 |

UNIDADE 1

1 ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A sexualidade, uma das características mais importantes do ser humano, está presente desde os primórdios da vida. Sensações sexuais estão presentes durante todo o desenvolvimento da criança, desde a amamentação até o início da puberdade, quando então há uma intensificação destas sensações. É com a chegada da puberdade, com o desenvolvimento físico, que o ser humano se torna apto a concretizar a sexualidade plena através do ato sexual propriamente dito, que permite tanto obter prazer erótico como procriar.

O aumento do interesse sexual coincide com o surgimento dos caracteres sexuais secundários. Este interesse é influenciado pelas profundas alterações hormonais deste período da vida e pelo contexto psicossocial. O prazer resultante do ato sexual diferencia o ser humano do restante dos animais. Ele é o único ser que, objetivamente, pode ter relação sexual só pelo prazer e não com finalidade reprodutiva (LEVIN, 1969; DOLTO, 1977) e na adolescência isso se torna evidente (SILBER; WOODWARD, 1985).

Para Freud, a sexualidade pode ser entendida como uma carga energética que se distribui pelo corpo de maneiras distintas, conforme a idade: no primeiro ano de vida, na boca (fase oral); de 18 meses até três ou quatro anos, na região anal e perineal (fase anal); dos três aos cinco ou seis anos, nos genitais (fase genital infantil); dos seis ou sete anos até a puberdade, na atividade muscular e intelectual (fase de latência). Na pré-adolescência, o sexo biológico, baseado em cromossomos, gônadas e hormônios, já está determinado e a identidade de gênero, ou senso de masculinidade e feminilidade, está estabelecida. Com o início da puberdade, a energia sexual polarizada até então para regiões definidas, passa a se transformar juntamente com as mudanças físicas, caracterizando a etapa genital adulta (MINAS GERAIS, 2006).

A adolescência inicial distingue-se pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários, pela curiosidade acerca dessas mudanças e pelas fantasias sexuais, que são comuns e que podem vir acompanhadas de sentimento de culpa. A prática masturbatória começa neste período e os jovens envolvem-se em muitas atividades não genitalizadas, como falar ao telefone ou bater papo na Internet com seus amigos. Na adolescência intermediária, completa-se a maturação física e a menstruação inicia-se nas meninas; a energia sexual está mais desenvolvida e ocorre maior ênfase ao contato físico. O comportamento sexual é de natureza exploratória, as relações casuais com o corpo são comuns e a negação das consequências da atividade sexual é uma atitude típica. O término do crescimento físico e da maturação genital acontece na adolescência final, em que o comportamento sexual torna-se mais expressivo e menos explorador, com relações íntimas mais desenvolvidas (BRASIL, 2008).

Por sua vez, Cordellini (2006) considera que alguns aspectos do comportamento sexual na adolescência merecem ser comentados:

O ficar: é um relacionamento que envolve toques, carícias, beijos, jogos de sedução e, eventualmente, o ato sexual, não implicando em um compromisso no decorrer do tempo entre os parceiros. Geralmente, o grau de intimidade depende do consentimento da menina, que atualmente também tem tomado a iniciativa. O “ficar” é uma maneira do adolescente treinar seu papel erótico como parte de uma fase exploratória. Entretanto, o que preocupa é que este “ficar” pode ser acompanhado de comportamentos de risco para gravidez e DSTs, quando associado à falta de conscientização e à onipotência, frequentes na adolescência.

Os jogos sexuais: geralmente acontecem entre 14 e 17 anos com adolescentes do mesmo sexo. É conhecida como a fase pubertária homossexual do desenvolvimento. O adolescente costuma visualizar o outro como um espelho. Danos psicológicos são verificados quando tais jogos são caracterizados por uma situação de abuso sexual homo ou heterossexual,

por pressão do grupo ou de um adulto sobre o adolescente. Portanto, vale salientar que a ocorrência de eventuais relacionamentos homossexuais em um determinado período da adolescência não significa identificação homossexual. Esta orientação sexual, se real, será confirmada ao longo do tempo frente à permanência do interesse exclusivo pelo mesmo sexo.

A masturbação: é definida como uma procura solitária do prazer sexual, através da autoestimulação. Funciona, também, como uma forma de autoconhecimento. No início da adolescência, apresenta um caráter exploratório. À medida que vai amadurecendo, passa a haver a busca do orgasmo. Vale salientar que este é um ato normal, esperado, que exige privacidade. Quando tiver caráter exibicionista e/ou frequente, por um longo tempo, em detrimento do interesse de relações afetivas com outra pessoa, pode necessitar de uma avaliação global da situação vivida pelo adolescente. Devem-se alertar as meninas quando do uso de objetos masturbatórios na vagina, pelo risco de provocar uma ruptura do hímen de forma acidental ou infecções (CORDELLINI, 2006).

1.1 Abordagem da sexualidade

Vamos pensar na seguinte situação: um adolescente pode procurar um serviço de saúde para esclarecer dúvidas em relação a seu corpo ou ao funcionamento de seus órgãos genitais. Porém, ele também pode procurar este serviço com queixas somáticas ou dificuldades de relacionamento em algum ambiente social que tem como pano de fundo um problema de natureza sexual. Portanto, em qualquer atendimento de um adolescente em um serviço de saúde a questão da sexualidade pode e deve ser abordada.

A orientação a ser dada pela equipe de saúde da família não pode ser preconceituosa e nem carregada de códigos morais ou religiosos. Devem ser utilizadas, de preferência, terminologias próprias e não gírias. É necessário orientar o adolescente e sua família sobre as transformações que ocorrem

em seu corpo, sobre as sensações sexuais, o caráter normal da masturbação, da curiosidade sexual, do tamanho dos órgãos genitais e sobre o ato sexual propriamente dito e suas consequências e também sobre o abuso sexual.

Enfatizar que o ato sexual envolve duas pessoas é de caráter íntimo e privado e que ambas têm que estar de acordo com o que está sendo feito e, portanto, prontas para assumir as responsabilidades advindas deste ato. No caso de adolescentes que já tenham atividade sexual genital ou estejam prestes a iniciá-la, eles devem ser orientados quanto à anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Existem falhas no fornecimento de informações aos adolescentes sobre o funcionamento do seu corpo, das questões envolvendo o exercício da sexualidade, sobre a reprodução e anticoncepção e onde buscá-las.

Os profissionais da saúde não podem ignorar que alguns adolescentes têm iniciado atividade sexual precoce, que usam incorretamente os métodos anticoncepcionais e que o método contraceptivo de escolha na adolescência é o anticoncepcional oral (disponível nos serviços de saúde, mais seguro, poucos efeitos colaterais e dispensa colaboração do parceiro).

No geral, os meninos têm preocupação maior da prevenção no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis e as meninas com a gravidez. E não se pode deixar de envolver todas as temáticas nas propostas de prevenção voltadas para esse público

2 SAÚDE REPRODUTIVA E AGRAVOS RELACIONADOS

2.1 Anticoncepção na adolescência

A humanidade fez uso da anticoncepção desde os tempos mais remotos. Entretanto, foi a partir de 1946 que os métodos anticoncepcionais espalharam-se pelo mundo, principalmente nos países mais desenvolvidos na década de 60. Apesar da política pública de saúde, na última década, ter

destacado a saúde reprodutiva, anticoncepção e prevenção de DST, ainda existem no mundo cerca de 500 milhões de pessoas sem acesso a uma anticoncepção efetiva (MINAS GERAIS, 2006).

O início desta atividade sexual também acontece de forma prematura e geralmente sem proteção anticoncepcional ou feita de maneira irregular e incorreta. Uma pesquisa realizada pela UNESCO, divulgada em março de 2004 e envolvendo 16.400 adolescentes das capitais brasileiras, mostra a seguinte realidade: primeira relação sexual entre meninos aos 14,5 anos e entre meninas aos 15,5 anos; métodos anticoncepcionais utilizados, camisinha em 61% dos casos, pílula em 24% dos casos, mas 11% dos entrevistados nunca utilizaram nenhum método; um em cada dez estudantes engravida antes dos 15 anos (MINAS GERAIS, 2006).

E porque não se prevenir?

No dia a dia de trabalho da nossa equipe de saúde, percebemos várias questões apontadas principalmente pelas gestantes adolescentes:



- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
- Baixo nível socioeconômico e cultural;
- Não participação do parceiro e dificuldade de negociar com ele o uso da camisinha;
- Sentimento de invulnerabilidade e pensamento mágico (nada vai acontecer comigo);
- Caráter esporádico e não planejado das relações sexuais;
- Medo que se descubra a sua atividade sexual;
- Medo do exame ginecológico;
- Preocupação com a autoimagem;
- Não conscientização da possibilidade de uma gestação;
- Alto custo dos métodos anticoncepcionais.



2.2 Gestação na adolescência

A gravidez é um período fisiológico na vida reprodutiva da mulher que se caracteriza por modificações físicas, psíquicas e sociais num curto espaço de tempo. Ao engravidar e se tornar mãe, a mulher vivencia momentos de dúvidas, inseguranças e medos. Já a adolescência constitui um período entre a infância e a idade adulta, com profundas alterações físicas, psíquicas e sociais.

Em alguns meses, a menina torna-se mulher, uma mãe, ou seja uma nova identidade é formada, gerando questionamentos, ansiedades e instabilidade afetiva (BOUZAS, MIRANDA, 2004).

As consequências de uma gestação durante a adolescência irão variar de maior ou menor gravidade conforme a idade, paridade, aderência ao pré-natal, ganho ponderal e fatores socioeconômicos e culturais, tendo implicações biológicas tanto para as mães, quanto para os bebês. Para as mães, pode-se citar: anemia, menor ganho de peso, hipertensão gestacional, doenças sexualmente transmissíveis, maior morbimortalidade no parto e puerpério, maior número de abortos espontâneos e maior número de partos prematuros. Em relação ao recém-nascido (RN), pode-se destacar o aumento do número de natimortos e mortes prematuras, RN com baixo peso ao nascer (BPN), morte súbita nos primeiros seis meses de vida e internações e acidentes na infância (MINAS GERAIS, 2006).

Algumas consequências sociais e psicológicas podem ser encontradas em decorrência de gestações não planejadas: ocorrência de abortos provocados, dependência financeira dos adultos, abandono ou interrupção dos estudos, dificuldade de retorno à escola, profissionalização deficiente e dificuldade de inserção no mercado de trabalho com manutenção do ciclo de pobreza, falta de apoio e/ou isolamento social e familiar, maior risco de separação conjugal, ausência do pai durante a gestação e a vida da criança, sentimento de insegurança, maior risco de depressão e suicídio e maior risco de exploração sexual (MINAS GERAIS, 2006).

O Ministério da Saúde relata que os casos de gravidez na adolescência

não podem ser tratados do mesmo modo que uma gestação em adultos pelos seguintes motivos:

- Pela complexidade da situação, marcada pela dependência da família, pela falta de autonomia financeira e de espaço próprio, pelas dificuldades nas relações pessoais e sociais e por contextos de violência doméstica e urbana;
- Porque a família geralmente se constitui como um determinante central, exercendo forte pressão sobre as decisões de manter ou interromper a gravidez, sobre o processo de assistência, a relação conjugal e o estilo de vida do casal durante e, se for o caso, depois da gravidez e do parto;
- Pelas especificidades da própria faixa etária, em especial a compreendida entre os dez e os 14 anos, que exige uma assistência à saúde diferenciada tanto para o pré-natal quanto para o parto, o puerpério e a contracepção;
- Por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, adolescentes de ambos os sexos podem apresentar pouca maturidade emocional para as decisões que devem ser tomadas no processo e para as mudanças advindas com a maternidade em condições como as descritas anteriormente (BRASIL, 2012).

SAIBA MAIS!

Leia a publicação “Clinisex: promovendo uma sexualidade saudável, prevenindo comportamentos de risco e protegendo adolescentes vulneráveis”. Acesse: <http://goo.gl/ZimtKA>.

2.2.1 Pré-natal

Uma vez que a adolescente fica grávida, o planejamento do cuidado com essa futura mãe exige, de início, a avaliação adequada do risco gestacional, abrangendo os aspectos clínico-obstétricos, psicológicos e sociais. Algumas alterações patológicas, como anemia e doença hipertensiva específica da gravidez (DEHG), podem levar à prematuridade e ao BPN. Essas situações

estão associadas à morbimortalidade materna e perinatal, sendo de natureza multifatorial, com contribuição importante das condições socioeconômicas. Todas elas podem ser modificadas pela melhoria da qualidade da assistência pré-natal, que irá interferir de forma positiva na qualidade da assistência ao parto e puerpério.

Em relação às adolescentes, o diagnóstico diferencial de gravidez deve ser investigado, não só nos atrasos menstruais, mas também em situações nas quais nenhum diagnóstico de certeza é alcançado na primeira avaliação. A anamnese é parte importante no diagnóstico precoce da gestação em adolescentes, por permitir a construção de um perfil do comportamento sexual e do grau de risco. Segundo o Ministério da Saúde, podem-se dividir os sinais e sintomas da gravidez em:

| | |
|---------------|---|
| Presunção | Compreendem alterações de ordem geral. Em função do estado gravídico, podem ser encontradas manifestações neurovegetativas, como náuseas, vômitos, sialorreia, vertigem, polaciúria, nictúria, alterações pigmentares, pigmentação acentuada da aréola mamária, aumento de volume abdominal. |
| Probabilidade | Alterações associadas ao aparelho genital, fruto principalmente da embebição gravídica local, e parte principal do diagnóstico clínico. São elas amenorreia, distúrbios menstruais, aumento do volume e modificações na forma do útero, sinais mamários como mastodínia, aumento de volume e da vascularização. |

Certeza

Identificação da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico no sangue, que se pode positivar em torno de 15 dias após a nidação. Este é mais sensível que o teste imunológico realizado na urina, que só é positivo após dez a 14 dias de atraso menstrual. Com a ultrassonografia (USG) pélvica, pode-se diagnosticar o saco gestacional na quinta semana de gestação. A imagem do embrião aparecerá entre a sétima e a oitava semana, junto com os batimentos cardíacos fetais. Através da USG transvaginal, o saco gestacional pode ser identificado com 32 dias de gestação, e o embrião, entre a quinta e a sexta semana.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://goo.gl/JJC6EU>.

O exame clínico através do toque bimanual pode mostrar indícios da gestação antes mesmo de completado o segundo mês. O diagnóstico de certeza pode ser firmado com a ausculta dos batimentos cardíofetais pelo sonar Doppler por volta da décima semana. Ao confirmar a gravidez e prever a idade gestacional, é importante analisar o que este momento representa para a adolescente e dar o apoio necessário para ela enfrentar a situação, ajudando na comunicação com a família e esclarecendo as dúvidas acerca da gestação e seus riscos.

É fundamental ressaltar que na presença de uma assistência pré-natal adequada, alguns estudos não têm encontrado diferenças clínicas e obstétricas significativas entre as adolescentes gestantes e as grávidas de outras faixas etárias. Condições de vida precárias e pressões psicológicas e sociais contribuem para a demora do início e baixa adesão ao pré-natal pelas adolescentes.

O pré-natal da gestante adolescente deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, não se limitando somente a questões biológicas, devendo ser priorizada a captação precoce e a prevenção de outras gestações.

A adolescente grávida deve iniciar seu pré-natal o mais precocemente possível e ser orientada para prevenção de nova gestação. As gestações na faixa etária abaixo de 16 anos são consideradas potencialmente de risco, portanto, devem ser encaminhadas para o pré-natal em serviço de referência.

Veja abaixo algumas orientações para o pré-natal em adolescentes:

Realizar o pré-natal de baixo risco (gestante com 16 anos ou mais), definindo preferencialmente um dia da semana para o atendimento de adolescentes.

Incentivar a participação do pai da criança durante o pré-natal (consultas, exames, grupos, visita à maternidade)

Incluir as gestantes e pais adolescentes no programa do adolescente.

Desenvolver, se possível, um grupo específico para adolescentes gestantes e seus parceiros na unidade de saúde ou inserir na programação das oficinas de gestante um encontro dirigido exclusivamente a essa população, de preferência no dia do pré-natal, dando ênfase às questões próprias dessa faixa etária. adolescentes.

Esclarecer a família sobre as repercussões psicossomáticas da gravidez e seus riscos para que possam melhor compreender e apoiar durante esse período.

Enfatizar cuidados com a saúde reprodutiva durante o pré-natal, prevenindo uma segunda gravidez.

Preparar a adolescente para o parto, o puerpério e os cuidados com o filho. Disto depende a diminuição da mortalidade infantil em filhos de mães adolescentes (MINAS GERAIS, 2006).

2.2.2 Papel do médico frente ao diagnóstico da gravidez

Quando você suspeitar de uma gravidez não planejada, procure saber quais são as expectativas e os sentimentos da adolescente em relação à sua possível gestação. Frente ao diagnóstico positivo, considere a capacidade da adolescente compreender e avaliar as implicações da gestação e, se

possível, deve ser comunicado privadamente à jovem ou ao casal. Não deve esquecer-se da possibilidade de abuso sexual ou incesto, principalmente nas adolescentes mais jovens ou naquelas com deficiência mental. Nesses casos, é dever do profissional de saúde notificar os órgãos competentes a confirmação ou suspeita de casos de abuso.

2.3 Aborto

No Brasil, a legislação considera crime o aborto provocado, mas ele continua a ser realizado na maioria das cidades de nosso país de forma clandestina. Contudo, não temos como objetivo a discussão de um assunto tão polêmico, que envolve questões éticas, morais e religiosas. De qualquer modo deve-se reforçar a importância de assistir adequadamente às adolescentes que, por alguma razão, submeteram-se ao procedimento. Deve-se ser imparcial e desprovido de preconceitos (BOUZAS, MIRANDA, 2004).

Frente à gravidez indesejada, a pressão dos familiares, do parceiro e as incertezas decorrentes da nova realidade, algumas adolescentes acabam optando pelo aborto, colocando-se frequentemente em risco quanto a complicações clínicas, infertilidade e risco de vida. Algumas pesquisas têm apontado que a ocorrência de aborto tem sido mais frequente entre os estratos sociais médios e altos, diferentemente dos estratos sociais baixos, nos quais a gestação tende a ser concluída (MINAS GERAIS, 2006).

- **A paternidade responsável**

Os adolescentes, em geral, são pouco preparados para a função paterna, tendo-se em vista a sua pouca participação ou até exclusão do período da gestação e processo de criação dos filhos ao longo da história. Isso, associado a outros fatores, vem contribuindo ao longo dos anos para o isolamento, negação e outras reações defensivas desses adolescentes.

IMPORTANTE!

É necessário que haja espaço para eles assumirem esse novo papel que é ser pai. Assim, a participação do pai da criança é desejável e muito importante, principalmente no pré-natal e durante o primeiro ano de vida do bebê, para a construção de vínculos e de responsabilidades conjuntas, além de ser favorável para a evolução da gravidez, parto, puerpério e lactação.

2.4 Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs

O Ministério da Saúde preconiza a abordagem das DSTs através do manejo clínico sintomatológico de quatro síndromes e suas possibilidades etiológicas, propondo intervenção imediata com os recursos disponíveis, na primeira consulta (BRASIL, 2008). Em caso de suspeita de uma DST, o adolescente deve procurar um serviço de saúde para que o diagnóstico e o tratamento adequado sejam realizados o mais rápido possível, evitando assim futuras complicações e também a transmissão da doença, caso ela seja confirmada.

Recomenda-se:

- Exame clínico-genital minucioso, que contemple a busca de outras DSTs;

- Orientação para a realização do teste anti-HIV (conforme orientações do manual da Coordenadoria de DST/Aids);

- Estímulo para adesão ao tratamento e ao exercício da sexualidade com segurança;

- Convocação, tratamento e orientação dos parceiros sexuais;

- Notificação dos casos;

As DST/Aids na adolescência são consideradas doenças-sentinelas por alertar para: abuso sexual, exploração sexual e descuido do adolescente em relação à sua saúde reprodutiva (MINAS GERAIS, 2006).

2.4.1 Manejo clínico sintomático das DSTs - síndrome doença

Fique atento aos sinais, eles podem indicar diversas doenças:

| | |
|--------------------|--|
| ÚLCERA GENITAL | Pode indicar: sífilis primária, cancro mole, herpes genital, linfogranuloma venéreo e donovanose. |
| CORRIMENTO URETRAL | Pode indicar: uretrite gonocócica e não gonocócica. |
| CORRIMENTO VAGINAL | Pode indicar: Gardnerella vaginalis, vaginose, vulvovaginite, trichomoníase e cândida. |
| DOR PÉLVICA | Pode indicar: cervicite gonocócica e não gonocócica, doença inflamatória pélvica (MINAS GERAIS, 2006). |

IMPORTANTE!

Como falamos acima, esses sinais e sintomas podem ser **sugestivos** de alguns agravos. Lembre-se que nem todo corrimento vaginal é indicativo de doenças sexualmente transmissíveis!



SAIBA MAIS!

Saiba mais sobre diagnóstico e tratamento das DSTs em:

<http://goo.gl/iWbTSe>.

2.4.2 Adolescente portador de HIV

Pais e educadores devem ser informados de que a criança, o adolescente ou jovem portador do vírus HIV tem garantido por lei o direito à permanência na escola e à manutenção do sigilo acerca da sua condição. Devem também ser discutidas e implantadas nas escolas condutas de

prevenção de caráter geral e não discriminatório. O adolescente soropositivo deve ser informado sobre os tratamentos existentes, as medidas preventivas contra as infecções oportunistas e a importância do uso de preservativos. As DST/Aids na adolescência são consideradas doenças-sentinelas por alertar para: abuso sexual; exploração sexual; e descuido do adolescente em relação à sua saúde reprodutiva (MINAS GERAIS, 2006).

2.4.3 Exame ginecológico

A rotina do exame ginecológico em seus termos propedêuticos (mamas, abdômen, órgãos genitais externos e internos) não difere muito do praticado na mulher adulta. O exame físico nunca deve ser forçado, devendo, quando necessário, ser adiado. Os exames complementares dependerão essencialmente do diagnóstico clínico, quando serão solicitados exames específicos, muitas vezes em intercâmbio com outras especialidades como genética, endocrinologia, dermatologia, urologia, cirurgia geral e plástica. Dentre as causas mais frequentes de solicitação de consulta pela adolescente, listam-se:

- Secreção vaginal com ou sem prurido e/ou dor;
- Lesões dermatológicas na vulva; dor pélvica (dismenorreia, tumores, transtornos urinários); hemorragia genital;
- Mastalgia;
- Gravidez;
- Amenorreia;
- Malformações;
- Anomalias das mamas;
- Retardo do desenvolvimento genital;
- Traumatismos (BRASIL, 2008).

SAIBA MAIS!

Complemente seus conhecimentos. Acesse: <http://goo.gl/hPA1h5>.

2.4.4 Dor ovulatória (Mittelschmerz)

A dor ovulatória é caracterizada pela dor na época da ovulação, às vezes com cólica intensa, podendo ser acompanhada de secreção clara e eventualmente sanguínea, com duração de até 72 horas. Esta condição pode ser diagnosticada facilmente através da data da última menstruação e o início das dores, com característica cíclica. Através de ultrassonografia, é possível visualizar a saída de líquido pela rotura do folículo ovariano. No tratamento, o uso de analgésicos (ex: acetaminofeno) ou anti-inflamatórios não hormonais são eficazes na maioria dos casos.

2.4.5 Síndrome pré-menstrual

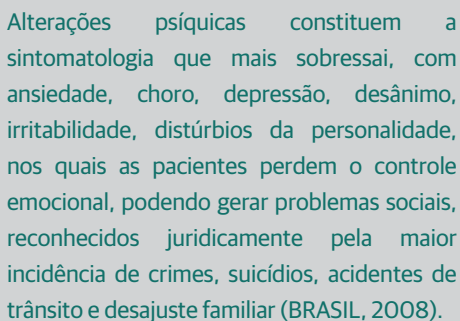
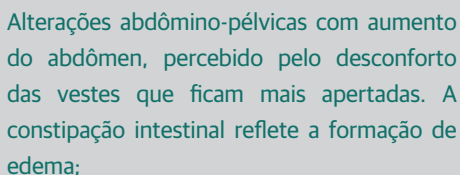
Síndrome ou tensão pré-menstrual entre as adolescentes registra incidência bem menor se comparada à mulher adulta, que tem ciclos frequentemente ovulatórios. Os sinais e sintomas são variados, ocorrendo na fase luteínica do ciclo, cerca de sete a dez dias antes do início da menstruação. Observam-se alguns tipos de manifestações (BRASIL, 2008):



Alterações mamárias com mastalgia e variável aumento das mamas (mastodínia pré-menstrual);



Alterações gerais como insônia, cefaleia, fadiga, falta de concentração, acne, aumento de apetite, aumento de peso e vários graus de edema de extremidade;



ácido mefenâmico 500 mg, dose: um comprimido, 3 a 4 vezes/dia. Nas queixas de dor mamária, embora a eficácia não esteja comprovada, pode-se usar vitamina E 400 mg ou ácido gama-linoleico, dose: um comprimido/dia/seis meses (BRASIL, 2008).

Considerações finais

Orientações corretas sobre saúde sexual são fundamentais na adolescência. A equipe de saúde que realiza um bom acolhimento ao jovem, deve ser capaz de tornar as mudanças fisiológicas da faixa etária interessantes o suficiente para que esse adolescente se sinta confortável em aprender mais sobre o assunto e questionar suas mudanças pessoais.

A gestação durante a adolescência deve ser responsabilizada ao casal e é papel de toda a equipe de saúde fazer com que o rapaz participe das atividades de pré-natal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://goo.gl/5G8NXJ>. Acesso em: 5 mai. 2014.

_____. _____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BOUZAS, I.; MIRANDA, A. T. Gravidez na adolescência. **Adolesc Saude**, v. 1, n. 1, p. 27-30, 2004.

CORDELLINI, Julia Valéria Ferreira. **Protocolo de atenção à saúde do adolescente**. 2. ed. rev. e atual. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2006. 122 p. Disponível em: <http://goo.gl/DkvZ7A>. Acesso em: 22 abr. 2014.

DOLTO, F. **Psicanálise e pediatria**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

LEVIN, M. Healthy sexual behavior. **Pediatr. Lin. N. Am**, v. 16, p. 329-32, 1969.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde em casa: atenção à saúde do adolescente**: Belo Horizonte, MG: SAS, 2006. 152 p. Disponível em: <http://goo.gl/KwFiQI>. Acesso em: 05 mai. 2014.

SILBER, T. J.; WOODWARD, K. Enfermedades de transmisión sexual durante la adolescencia. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud del adolescente y el joven en las Americas**. Washington: [s.n.], 1985. p. 93-99.

Leitura complementar:

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 1931/2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 set. 2009. Seção I, p. 90. Disponível em: <http://goo.gl/CIWo5A>. Acesso em: 25 jan. 2013.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

____. _____. **Saúde sexual e reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 300 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

____. _____. **Diretrizes operacionais**: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 1).

____. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://goo.gl/YRgD7Z>. Acesso em: 25 jan. 2013.

CORDELLINI, Júlia Valéria Ferreira (Org.). Adolescência e a saúde física e mental. **Revista Igualdade**, Curitiba, ano14, n. 42, 2008.

MARKOWITZ, L. E. et al. Quadrivalent human papillomavirus vaccine: recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIP). **MMWR Recomm Rep**, n. 56, p. 1-24, 2007.

NADAL, Luis Roberto Manzione; NADAL, Sidney Roberto. Indicações da vacina contra o papilomavirus humano. **Rev bras. colo-proctol.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, mar. 2008 .

PALMA, Sônia Maria Motta. Depressão na adolescência. In: _____. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. 328 p.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. 328 p.

SILVA, Lucília Nunes da; RANÑA, Fernanda Fernandes. Captação e acolhimento do adolescente. In: _____. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. 328 p.